

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep lansia

1. Pengertian

- a. Menurut UU No. 3 tahun 1998 dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. (Maryam, dkk, 2010)
- b. Lanjut usia adalah tahap akhir dari proses penuaan, pada tahap ini biasanya individu tersebut sudah mnegalami kemunduran fungsi fisiologis organ tubuhnya. (Fitrah, 2010)
- c. Lanjut usia adalah tahap akhir perkembangan pada kehidupan manusia yang dimulai dari usia 60 tahun hingga hampir mencapai 120 atau 125 tahun. (Pipit, festi, 2018)

2. Batasan umur lanjut usia

Menurut *WHO (World Health Organization)*

- a. usia pertengahan (middle ege) : 45-59 tahun
- b. lanjut usia (elderly) : 60-74 tahun
- c. lanjut usia tua (old) :75-90 tahun
- d. usia sangat tua (very old) : diatas 90 tahun

(Kushariyadi, 2010)

3. Masalah-masalah pada lansia

Setiap orang yang memasuki usia lanjut memiliki gangguan psikologis dan spiritual dalam hidupnya (Fitriani, 2016). Berikut ini perubahan hidup yang terjadi pada lansia diantaranya:

a. Kecemasan dan ketakutan

Lansia sering mengalami ini karena perasaan yang ketidak pastian dalam menghadapi masa depan yang berubah jauh dari pola hidup biasanya. Hal ini muncul karenaberbagai hal diantaranya daya tahan tubuh menurun, kesibukan kerja dan posisi jabatan yang hilang, dan lain sebagainya. Kehawatiran sosial yang takut karena merasa tersingkirkan oleh lingkungan.

b. Mudah tersinggung dan emosional

Hal ini muncul karena adanya penambahan umur dan perubahan fisik jasmani, baik langsung atau tidak langsung akanmempengaruhi kemantapan emosional dan ketabahan spritual lansia.

c. Banyak cerita, berkata dan kurang mau mendengar

Salah atu sikap lansia yaitu banyak bercerita tentang masalalunya yang sukses, tetapi ptidak mau mendengar apa yang dikatakan dari orang lain

Masalah psikologi pada lansia diantaranya:

- 1) Kesepian (loneliness) dialami pada saat pasangan hidup meninggal, teurtama pada dirinya saat itu mengalami penurunan status kesehatan seperti menderita penyakit berat.

- 2) Duka cita (bereveement) ketika pasangan dari lansia meninggal akan membuatnya merasa rapuh dan sedih, serta membuat kesehatannya terganggu, sehingga pada periode ini lansia sangat rawan mengalami gangguan kesehatan.
- 3) Depresi
- 4) Gangguan cemas
- 5) Parafenia yaitu suatu bentuk dari skizofrenia dimana terdapat perasaan curiga berlebih (waham) yang sering lansia rasakan, hal ini terjadi pada lansia yang menarik diri dari kegiatan sosial.

Menurut Nedy Safitri (Dalam Ditjen Yankes, 2018) masalah fisik kesehatan pada lansia diantaranya:

- 1) Immobility (kurang bergerak)

Keadaan dimana sulit untuk bergerak, dan penyebab utamanya imobilisasi adalah rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan masalah psikologis, depresi dan demensia. Komplikasi yang terjadi bisa berupa luka dibagian penekanan yang terus terjadi dan menyebabkan infeksi, kelemahan otot, kontraktur/kekakuan otot dan sendi, infeksi paru-paru dan saluran kemid dan lain-lain. Penanganan yang bisa dilakukan yaitu latihan fisik, merubah posisi secara teratur, menggunakan kasur anti decubitus, monitor asupan makan dan minum.

2) Instability (mudah jatuh)

Penyebab dari jatuh adalah kecelakaan seperti terpeleset, sinkop/ kehilangan kesadaran mendadak, dizziness/vertigo, hipotensi, orthostatik, proses penyakit dan lain-lain. Faktor instrinsik dari mudah jatuh diantaranya yaitu pada pasien yang terkena kekakuan sendi, kelemahan otot, gangguan pendengaran, penglihatan, gangguan keseimbangan, penyakit lain seperti DM, jantung/ sedangkan faktor ekstrinsiknya yaitu dari lingkungan seperti tidak memakai alas kaki, lantai licin, jalan tidak rata, penerangan yang kurang, benda-benda yang ada dilantai yang membuat terpeleset. Akibat jatuh yang ditimbulkan berupa cedera fisik seperti cedera kepala, kaki dan bisa menyebabkan imobilisasi. Penanganan yang bisa diberikan pada lanjut usia akibat instabilitas riwayat jatuh yaitu dengan memodifikasi lingkungan, memberikan alat bantu jalan, memberikan sandal atau sepatu serta memberikan penyuluhan agar dapat mengontrol lingkungan disekitar supaya lantai tidak licin atau tidak ada benda-benda yang menyebabkan lansia bisa terpeleset.

3) Incontinence (banyak kencing,beser, BAK)

Inkontinesia terjadi spontan dikarenakan ketidakmampuan untuk mengendalikan urin sehingga menimbulkan masalah kesehatan.

4) Intellectual impairment (gangguan intelektual/demensia)

Demensia adalah gangguan fungsi intelektual memori yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan

gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktifitas kerja dan sosial bermakna. Demensia tidak hanya dari masalah memori tetapi mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas. Faktor risiko DM, hipertensi dan gangguan jantung serta PPOK dan obesitas.

5) Infection (infeksi)

Infeksi terjadi karena menurunnya daya imunitas lanjut usia sehingga dapat menimbulkan infeksi berbagai macam penyakit.

6) Impairment of hearing vision and smell (gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman)

7) Impecunity (kemiskinan)

8) Iatrogenic (menderita penyakit pengaruh obat-obatan)

9) Isolation (depresi)

10) Inanition (malnutrisi)

11) Insomnia (sulit tidur)

12) Immuno-defficiency (penurunan kekebalan tubuh)

13) Impotence (gangguan seksual)

14) Impaction (sulit BAB)

B. Konsep Diabetes Mellitus

1. Definisi

- a. Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang

mengatur gula dalam darah atau glukosa). Diabetes mellitus merupakan masalah kesehatan yang penting dan menjadi salah satu penyakit dari empat penyakit yang tidak menular prioritas yang menjadi target tindak lanjut oleh para pemimpin dunia. (WHO Global Report, 2016)

- b. Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah. (Maghrufi, ali. 2016)
- c. Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolisme yang mempunyai kareteristik *hyperglycemia* akibat dari cacat pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya.
(Ardiansah, Dalam Jurnal MIPA .2012)

2. Klasifikasi Diabetes mellitus (DM) terbagai menjadi beberapa tipe:

- a. Diabetes mellitus tipe I atau insulin dependent dm (IDDM)
- b. Diabetes mellitus tipe II atau non-insulin dependent dm (NIDDM)
- c. Diabetes mellitus gestasional (DMG). (Ali maghrufi, 2016)

3. Etiologi

Diabetes mellitus terbagi bebrapa tipe, diantaranya:

- a. Diabetes mellitus tipe I

DM tipe ini disebabkan akibat ketidak absolutan insulin,sehingga harus mendapat insulin pengganti. Faktor penyebab lain diantaranya:

- 1) Faktor genetik
- 2) Faktor imunologi
- 3) Faktor lingkungan: virus/toksin

b. Diabetes mellitus tipe II

Dm pada tipe ini disebabkan karena kegagalan relatif sel beta dan resisten insulin. Resistensi insulin yaitu turunya kemampuan insulin untuk pengambilan glukosa oleh gangguan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Faktornya yaitu:

- 1) Usia, resistensi insulin cenderung meningkat diusia >65tahun
- 2) Obesitas
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Gaya hidup

c. Diabetes mellitus gestasional

Dm pada tipe ini terjadi pada saat kehamilan karena adanya intoleransi glukosa yang mulai timbul atau menular diketahui selama kehamilan. Karena adanya peningkatan sekresi berbagai hormon disertai pengaruh metabolik terhadap glukosa, maka kehamilan merupakan keadaan peningkatan metabolik tubuh dan hal ini berdampak kurang baik bagi janin.

4. Manifestasi klinis

Menurut Ali Maghrufi (2016) gejala diabetes mellitus yaitu:

- a. Kadar glukosa yang tidak normal
- b. Hiperglikimia yang menyebabkan diuresis osmotik sehingga meningkatkan pengeluaran urin (poliuria)
- c. Timbul rasa haus atau banyak minum (polidipsia)
- d. Rasa lapar berlebih tapi BB menurun (polifagia)
- e. Mudah lelah dan mengantuk
- f. gejala lain diantaranya Kesemutan, gatal, dan mata kabur.
- g. Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl(11,1 mmol/L)
- h. Glukosa plasma puasa >126 mg/dl (7,0mmol/L) , puasa selama kurang lebih 8 jam.
- i. Kadar glukosa darah dua jam PP >200 mg/dl (11,1 mmol/L)

Tes toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrat dilarutkan di dalam air.

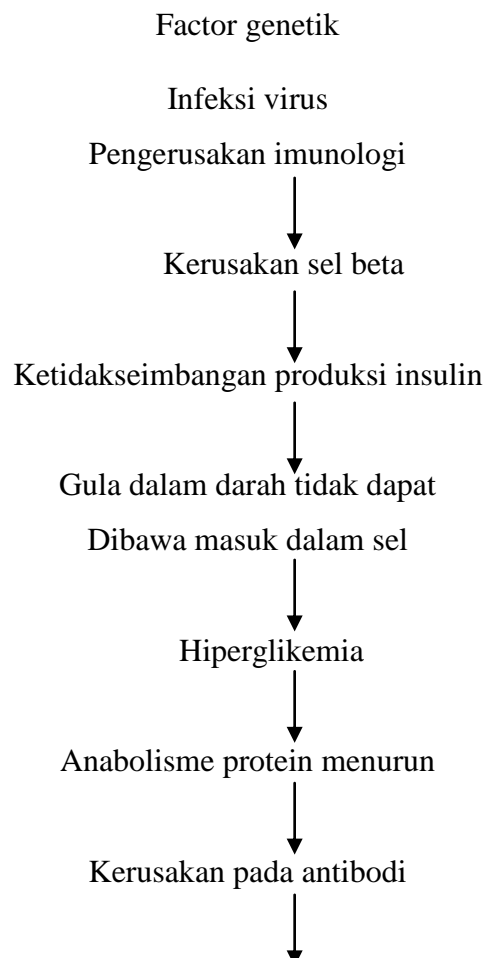
Jika hasil pemeriksaan glukosa normal, maka dapat dimasukkan ke toleransi glukosa terganggu (TGT) atau gula darah puasa terganggu (GDPT) dengan hasil:

- 1) TGT: glukosa darah plasma dua jam setelah beban antara 140-199 mg/dl (7,8-11,1 mmol/L)
- 2) GDPT: glukosa darah puasa antara rentan 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/L)

Kriteria diagnosis menurut konsensus PERKENI 2015:

- a) Pemeriksaan glukosa puasa > 126 mg/dl, tidak ada asupan makanan selama 8 jam
- b) Pemeriksaan glukosa plasma >200 mg/dl dengan keluhan klasik (poliuria, polidipsi, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan)
- c) Pemeriksaan HbA1c $>6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP). (INFODATIN, 2018)

5. Pathway diabetes mellitus



Kekebalan tubuh menurun

↓
Risiko injury

↓
Risiko infeksi

(Bagan 2.1 Patofisiologi Nurarif, 2015)

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang pada diabetes mellitus:

1. Kadar glukosa darah
2. Kriteria dm menurut who
 - Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L)
 - Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L)
 - Glukosa plasma sample 2jam post prandial (pp) >200 mg/dl
3. Tes laboratorium DM
4. Test saring

Yaitu tes GDP, GDS dan test glukosa urin.
5. Test diagnostik

Diantaranya test GDP,GDS,GD2PP (glukosa darah 2 jam post prandial) glukosa jam ke-2 TTGO
6. Test monitoring terapi DM

Adalah tes terapi DM GDP (plasma vena,darah kapiler), GD2PP (plasma vena), A1c (darah vena, kapiler)

7. Test untuk mendeteksi komplikasi

- Mikroalbuminuria: urin
- Ureum, kreatinin, asam urat
- Kolesterol total: plasma vena (puasa)
- Kolesterol LDL: plasma vena (puasa)
- Kolesterol HDL: plasma vena (puasa)
- Triglisericid: plasma vena (puasa)

7. Penatalaksanaan

Insulin diperlukan pada keadaan:

- a. Penurunan berat badan yang cepat
- b. Hiperglikemia yang disertai ketosis
- c. Ketoasidosis diabetik (KAD) atau hiperglikemia hiperosmolar non ketotik (HONK)
- d. hiperglikemia dengan asidosis laktat
- e. Gagal dengan kombinasi OHO (Obat hipoglikemi oral) dosis optimal
- f. Stress berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke)
- g. Kehamilan dengan DM yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
- h. Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- i. Kontraindikasi dan alergi terhadap OHO

C. Konsep Risiko Injury

1. Definisi

- a. Risiko injury atau cedera yaitu suatu keadaan berisiko yang mengalami cedera fisik. (Nurarif, 2015)
- b. Risiko injury yaitu keadaan dimana individu berada pada risiko injury sebagai akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber daya adaptif dan daya tahan individu. (Diyono & Sri M, 2013)

2. Faktor risiko injury

Penyebab dari risiko injury adalah kecelakaan seperti terpeleset, sinkop/kehilangan kesadaran mendadak, dizziness/vertigo, hipotensi, orthostatik, proses penyakit dan lain-lain.

Ada dua faktor risiko injury yaitu:

1) Faktor eksternal

Meliputi biologis individu seperti tingkat imunisasi komunitas, mikroorganisme, dan zat kimia. Kemudian ada dari individu itu sendiri seperti dari faktor kognitif, afektif, dan psikomotor. Faktor ekstrensik lainnya yaitu dari lingkungan seperti tidak memakai alas kaki, lantai licin, jalan tidak rata, penerangan yang kurang, benda-benda yang ada dilantai yang membuat terpeleset. Akibat cedera fisik yang ditimbulkan berupa seperti cedera kepala, kaki dan bisa menyebabkan imobilisasi. Penanganan yang bisa diberikan pada lanjut usia akibat instabilitas riwayat jatuh yaitu dengan memodifikasi lingkungan, memberikan alat bantu jalan, memberikan sandal atau sepatu serta memberikan

penyuluhan agar dapat mengontrol lingkungan disekitar supaya lantai tidak licin atau tidak ada benda-benda yang menyebabkan lansia bisa terpeleset.

2) Faktor internal

Meliputi dari abnormalnya sel darah, disfungsi biokimia, usia perkembangan, disfungsi efektor, disfungsi imun-autoimun, malnutrisi, psikologis, disfungsi sensorik dan hipoksia jaringan. Faktor instrinsik lainnya diantaranya yaitu pada pasien yang terkena kekakuan sendi, kelemahan otot, gangguan pendengaran, penglihatan, gangguan keseimbangan, penyakit lain seperti DM, dan jantung.

D. Konsep Kebersihan Lingkungan Rumah

Rumah sehat adalah konsep dari perumahan sebagai faktor yang dapat meningkatkan standar kesehatan penghuninya (Arif Fajar , Khairul Huda, ,2014).

Kesehatan dapat diciptakan dari berbagai hal, salah satunya adalah lingkungan, baik lingkungan didalam rumah maupun lingkungan luar rumah.

Hasil penelitian dari Milawati Yusuf (2014) membahas tentang hubungan lingkungan rumah terhadap infeksi saluran pernafasan ini juga menjadi salah satu pengaruh terhadap kebersihan dan kesehatan lingkungan rumah dimana lingkungan rumah yang tidak sehat pun menjadi salah satu faktor dimana seseorang bisa terkena penyakit tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti saat ini sedang teliti dan ada hubungan nya dengan menjaga

kebersihan lingkungan rumah, dimana jika penderita DM tidak menjaga lingkungan disekitar rumahnya maka si penderita bisa saja terkena dampak risiko injury akibat terkena benda tajam/tumpul akibat dari tidak memperhatikan lingkungannya.

Menurut hasil penelitian dari Feni Heriyanti (2013) juga menjelaskan tentang kebersihan dan kesehatan lingkungan hidup dimana pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah terserangnya penyakit yang kapan saja bisa menyerang kita seperti muntaber, dbd, risiko luka akibat benda tajam dan lain-lain. Dari penelitian ini faktor kebersihan lingkungan rumah pun menjadi salah satu hal yang perlu diperhatikan agar dapat terhindar dari hal yang tidak diinginkan termasuk risiko luka pada penderita diabetes mellitus itu sendiri.

Menjaga kebersihan lingkungan rumah bisa dilakukan dengan cara:

- 1) Menjaga lingkungan disekitar tetap bersih agar terhindar dari benda yang bisa melukai penderita bisa terluka.
- 2) Menerapkan mencuci piring dengan menggunakan sarung tangan agar terhindar dari benda yang bisa saja pecah saat mencuci piring
- 3) Menerapkan memakai sandal didalam rumah agar terhindar dari benda tajam atau tumpul yang tidak terlihat.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Diabetes Mellitus

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

Pengkajian ini meliputi aspek spesifik, psikis, sosial, dan spiritual dengan

melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan. Pengkajian pada lansia dikeluarga dilakukan dengan melibatkan keluarga sebagai orang terdekat yang mengetahui tentang masalah kesehatan lansia (Maryam, 2010).

Menurut Aspiani (2014) konsep asuhan keperawatan pada lansia yaitu:

1) Identitas

Identitas klien yang biasa dikaji dari penyakit sistem endokrin adalah usia, karena ada beberapa penyakit endokrin banyak terjadi pada klien berusia 60 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan utama sering ditemukan pada klien dengan penyakit endokrin seperti Diabetes Mellitus adalah poliuria, polifagia, dan polidipsia.

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian yang mengenai penyakit yang dideritita oleh kelalayaan mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai, klien dibawa kerumah sakit dan klien pernah memeriksakan dirinya ketempat lain selain rumah sakit serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit yang lalu seperti riwayat penyakit hematologi sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan

dengan adanya riwayat penyakit infeksi saluran kemih, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

5) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

6) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan endokrin biasanya lemah.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, apatis, sampai somnolen.

c. Tanda-tanda vital

Suhu meningkat ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi meningkat 70-82x/menit, tekanan darah meningkat, pernafasan meningkat.

d. Pemeriksaan review of system (ROS)

a) Sistem pernafasan (breathing)

Pada DM ditemukannya frekuensi pernafasan yang meningkat dalam batas normal.

b) Sistem sirkulasi

Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apikal, sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan.

c) Sistem persyarafan

Kaji adanya hilangnya gerakan/sensasi spasme otot, terlihat kelemahan/hilangnya fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi berhubungan dengan nyeri dan ansietas.

d) Sistem perkemihan

Perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihannya. Dapat ditemukan resistensi cairan, penurunan output urin.

e) Sistem pencernaan

Dapat ditemukannya peningkatan peristaltik usus, nafsu makan meningkat, berat badan menurun dan nyeri.

f) Sistem muskuloskeletal

Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kontraktur atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

e. Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tatalaksa hidup sehat
- 2) Pola nutrisi
- 3) Pola eliminasi
- 4) Pola tidur dan istirahat
- 5) Pola aktivitas dan istirahat
- 6) Pola hubungan peran

- 7) Pola sensori kognitif
 - 8) Pola persepsi konsep diri
 - 9) Pola seksual dan reproduksi
 - 10) Pola mekanisme/ penanggulangan stress dan coping
- f. Hasil Pengkajian Khusus/Apgar Gerontik

- 1) Masalah kesehatan kronis
- 2) Fungsi kognitif (SPMSQ)

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia. Berfungsi untuk mengevaluasi semua aspek kognitif (Aryana D, 2020)

- 3) Status fungsional

Index Barthel adalah suatu index untuk mengukur kualitas hidup seseorang dilihat dari kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living, ADL*) secara mandiri. Index Barthel berfungsi untuk mengukur kemandirian fungsional dalam perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional pasien gangguan keseimbangan (Dewi F, 2020)

- 4) Status psikologi (Skala Depresi Geriatric Yesavage)

Geriatric Depression Scale (GDS) adalah salah satu instrument yang digunakan untuk mendiagnosis depresi pada lanjut usia. GDS adalah pengukur yang valid dan reliabel untuk

menentukan adanya depresi. GDS berfungsi untuk memeriksa depresi dan stress psikologi secara menyeluruh. (Siddiq I, 2019)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil pengkajian untuk menekankan diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan ini berupa diagnosis keperawatan individu ataupun diagnosis keperawatan kelompok lansia. (Nursalam, 2013)

- a. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin
- b. Risiko syok b.d ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh, kerusakan jaringan
- c. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan
- d. Risiko infeksi b.d trauma jaringan status penyakit suatu penyakit (diabetes mellitus)
- e. Risiko injury b.d kurang pengetahuan tentang faktor yang dapat diubah
- f. Retensi urine b.d inkomplit pengosongan kandung kemih
- g. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah perifer
- h. kelelahan

3. Rencana asuhan keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan yaitu suatu tindakan yang diberikan olehperawat untuk memecahkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan.

Tabel 2.1

Rencana tindakan keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Risiko injury b.d kurang pengetahuan tentang faktor yang dapat diubah	NOC 1. Klien bebas dari cedera 2. Klien mampu menjelaskn factor resiko dari lingkungan/ perilaku personal 3. Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah cedera 4. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 5. Mampu mengenali perubahan status kesehatan.	NIC 1. Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien 2. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit dahulu 3. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (mis memindahkan perabotan) 4. Menyediakan tempat tidur yang aman dan nyaman serta bersih 5. Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien 6. Mengontrol lingkungan 7. Memindahkan barang –barang yang dapat membahayakan 8. Berikan penjelasan pada pasien dn keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.

(Nurarif, 2015)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus lokal, kontekstual, dan residual. Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan untuk memelihara kemampuan fungsional lansia untuk mencegah komplikasi serta mengingatkan ketidakmampuan. (Nursalam, 2013)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian akhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. (Tarwoto, Wartonah, 2015)

Langkah-langkah evaluasi adalah sebagai berikut:

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien apakah tujuan dapat tercapai atau tidak.

(Tarwoto Wartonah, 2015)